

FORMULARIO DE DENUNCIA A LA CALIDAD

RECEPCIÓN N°

MEDICAMENTO COSMÉTICO

FECHA (Imprimir en tamaño Folio 21,6 x 33 cm)

DENUNCIANTE PARTICULAR

DENUNCIANTE INSTITUCIONAL

NOMBRE			
RUN		-	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO			
E-MAIL		@	

NOMBRE DENUNCIANTE			
PROFESIÓN			
CARGO			
INSTITUCIÓN			
SERVICIO DE SALUD (Si corresponde)			
DIRECCIÓN			
REGIÓN			
TELÉFONO			
E-MAIL		@	

NOMBRE PRODUCTO DENUNCIADO

LABORATORIO FABRICANTE

DISTRIBUIDOR

N° REGISTRO ISP

N° SERIE O LOTE

FECHA VENCIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA DENUNCIA:

Explicación detallada del problema presentado con el medicamento o cosmético

ANTECEDENTES ADJUNTOS:

- CARTA DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN, JEFE DE FARMACIA (si procede)
- BOLETA DE COMPRA DEL LUGAR DE VENTA, FARMACIA, PERFUMERIA, etc. (si procede)
- ANTECEDENTES MÉDICOS (si están disponibles)
- OTROS ANTECEDENTES (fotografías, registros audiovisuales, etc.)
- MUESTRA (Importante: Incluirla si dispone de ésta, pues constituye evidencia de la denuncia).

Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario así como los antecedentes acompañados, son verdaderos e íntegros.

Formulo la presente declaración en conocimiento de lo dispuesto en el artículo 210 del Código Penal, que dispone: "El que ante la autoridad o sus agentes perjurare o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales".

Para consultas sobre el estado de tramitación, reclamos y correcciones una vez informado el resultado de la investigación, ingresar la solicitud en la página web de la OIRS del Instituto (<http://www.ispch.cl/oirs/>), haciendo mención al número de referencia asignado al trámite.

FIRMA DEL DENUNCIANTE